

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

No HP :

Orang tua dari anak \_\_\_\_\_, setelah mendapat penjelasan dari peneliti tentang maksud dan tujuan penelitian, cara pelaksanaan, dan konsekuensinya. Dengan ini menyatakan :

1. Bersedia mengikuti kegiatan penelitian yang berjudul : “Perbedaan Penambahan Kinesio Tape Pada Manual Stretching Untuk Meningkatkan Fleksibilitas Otot Hamstring Pada Anak Cerebral Palsy Spastik Diplegi”
2. Memahami sepenuhnya maksud dan tujuan penelitian
3. Bersedia mengemukakan dengan sejujur-jujurnya segala hal mengenai keluhan dan apa yang saya rasakan anak
4. Bersedia untuk mengikuti dan menjalankan petunjuk penelitian yang diberikan secara sungguh-sungguh dan bertanggung jawab terhadap anak
5. Bersedia menghubungi peneliti apabila ada hal-hal yang kurang dipahami maupun melaporkan hal-hal yang berkembang selama penelitian.
6. Bersedia untuk sewaktu-waktu dihubungi oleh peneliti guna menyempurnakan penelitian ini.

Peneliti,

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Orang Tua,

\_\_\_\_\_

## FORMULIR PEMERIKSAAN FISIOTERAPI

### I. PENGUMPULAN DATA IDENTITAS PASIEN

Nama :

Tempat Tanggal Lahir:

Alamat :

Agama :

Jenis Kelamin :

No. Telp :

Nama Orang tua :

Pekerjaan :

### II. PENGUMPULAN DATA RIWAYAT PENYAKIT

Keluhan Utama :

Riwayat Prenatal :

Riwayat Perinatal :

Riwayat Postnatal :

Riwayat Keluarga :

Riwayat Tumbuh Kembang :

Riwayat Psikososial :

### III. PEMERIKSAAN

General Impression :

Ability :

Disability :

Postural Tone :

Postural Pattern :

Associated Problem :

Body Function and Structure :

1) Deformitas :

Pemeriksaan / Test Khusus :

1) Tes spastisitas :

2) Pengukuran ROM :

Universitas  
**Esa Unggul**

Universitas  
**Esa Unggul**

Universitas  
**Esa Unggul**